



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

204/94 - ISQUEMIA MIOCÁRDICA SILENTE. IMPORTANCIA DE REALIZAR ECG DE RUTINA EN ATENCIÓN PRIMARIA

J.M. Bravo González^a, M. Anta Fernández^b, C. Fernández Galache^c, A. García-Lago Sierra^d, D.M. Robaina Cabrera^e, B. Martínez Sanz^f, N. Guelai^d, L.P. Salag Rubio^e, I. Galán López^g y C. Carpintero Antoñán^h

^aServicio de Urgencias. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^bMédico Adjunto de Medicina Interna. Hospital Sierrallana. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Zapatón. Torrelavega. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Corrales. Los Corrales de Buelna. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Dobra. Torrelavega. ^gMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Saja. Cantabria. Cabezón de la Sal.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 66 años, fumador, alérgico a AAS, asma bronquial persistente moderado de perfil intrínseco con varios ingresos, rinosinusitis crónica con poliposis nasal y síndrome de ansiedad. En tratamiento con broncodilatadores, bilastina, omeprazol y lormetazepam. Realizando vida activa, acude por presentar tos seca y artromialgias en la última semana, añadiéndose fiebre desde hace 24 horas. Sin expectoración, dolor torácico, disnea, cortejo vegetativo, mareo ni clínica de insuficiencia cardiaca.

Exploración y pruebas complementarias: TA 140/85, FC 70, T^a 37,8 °C, eupneico, SatO₂ 92%, normocoloreado. BEG. Consciente, orientado. PVY normal. Ac rítmica sin soplos. AP: roncus y sibilancias dispersos. Abdomen y EEII: normales. En su CS se inicia tratamiento broncodilatador nebulizado y se realiza un registro ECG: RS a 80 pm, onda Q y T negativa en cara inferior y V5-V6. Ante la sospecha de necrosis miocárdica se remite al Servicio de Urgencias hospitalario. Los enzimas miocárdicos y el BNP son normales. En Rx tórax se objetiva neumonía en LSI, sin signos de IC. Ingresa en planta, indicándose ecocardiograma: acinesia inferoposterior e hipocinesia lateral medial, FEVI 45%.

Juicio clínico: Neumonía LSI en paciente asmático. Cardiopatía isquémica silente, necrosis miocárdica en cara inferior.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia cardiaca, si bien no hay signos sugestivos en la exploración.

Comentario final: Es de vital importancia la realización de un ECG rutinario en pacientes que acuden a la consulta de AP, ya que permite detectar, como en nuestro caso, isquemia silente y otras alteraciones que pueden cursar asintomáticas, brindando la oportunidad de recibir tratamiento adecuado. En pacientes EPOC permite detectar comorbilidad cardiaca. Se denomina isquemia miocárdica silente a los episodios de isquemia aguda miocárdica que cursan asintomáticos. Existen tres tipos. El tipo I, con presencia de enfermedad coronaria obstructiva, puede llegar a ser grave sin

llegar a sufrir angina, ni siquiera en el contexto de un IAM, como ocurre en nuestro paciente. En los tipos I y II, pacientes con cardiopatía isquémica conocida, hasta el 33% presentan isquemia silente. Teniendo en cuenta la clínica anginosa, es evidente que se infraestima la frecuencia de isquemia miocárdica. La isquemia silente es más frecuente en ancianos, diabéticos y aquellos con mayor calcificación coronaria. Son pacientes sin sistemas de alerta. El tratamiento ha de ser el mismo que si sufrieran episodios anginosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guías de práctica clínica en el diagnóstico y tratamiento de la cardiopatía isquémica estable. *Annals of Internal Medicine*. 2012.
2. Carbonell San Román A, Segura de la Cal T, Zamorano Gómez JL. Isquemia silente y otras formas de cardiopatía isquémica crónica. *Medicine*. 2013;11:2207-13.